FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(7)

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 avril 1896, à 1 heure

Par Pierre MAGÉ
Ancien prosecteur, interne, lauréat des hôpitaux de Clermont-Ferrand
Né à Marcenat (Cantal) le 6 janvier 1865.





CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : MM. { FOURNIER, *professeur.* TUFFIER, WALTHER, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
HENRI JOUVE
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. HAYEM.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. BERGER. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires.
MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON	THOINOT
BAR	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	HARTMANN	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VARNIER
BROCA	HEIM	RETTERER	WAETHER
CHANTEMESSE	LEJARS	RICARD	WEISS
CHARRIN	LETULLE	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	MARFAN		WURTZ
DELBET			

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être onsidérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE D[r] TILLAUX

Professeur à la faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de la Charité
Commandeur de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

INTRODUCTION

Pendant nos études médicales, nous avons eu l'occasion d'observer quelques cas de corps étrangers de l'œsophage, qui tantôt ont donné lieu à de graves complications, tantôt, au contraire, ont traversé ensuite le tube digestif avec facilité, sans causer aucun des accidents auxquels on eût été en droit de s'attendre. Parmi ces cas il en est quelques-uns où nous avons vu en cause des corps étrangers peu communs, aussi nous avons pensé qu'il serait intéressant de rapporter ces observations dans notre thèse. Elles ont été recueillies dans le service de M. Desprès, professeur agrégé à la faculté, et dans le service de M. le professeur Lannelongue à l'hôpital Trousseau. M. le Dr Broca, assistant du service de chirurgie, a bien voulu mettre en outre à notre disposition

les observations les plus intéressantes qu'il a recueillies sur ce sujet.

Sans doute, cette question est depuis longtemps connue, elle a suscité de nombreux travaux comme nous le verrons un peu plus loin. Une multitude d'observations ont été publiées sur ce sujet, mais néanmoins, nous espérons faire œuvre utile en rapportant certains cas que nous avons pu réunir.

Notre pensée n'est donc point d'apporter ici un travail nouveau, mais seulement d'essayer de compléter ceux qui ont paru jusqu'à ce jour sur cet intéressant sujet.

D'ailleurs, si la question des corps étrangers de l'œsophage n'est pas neuve, il nous semble qu'elle est de celles qui intéressent le plus vivement le praticien, moins peut-être à cause de la fréquence de cet accident chez les aliénés, que de son observation commune chez les enfants, qui représentent une grosse part de la clientèle.

On ne saurait donc trop insister sur l'étude des corps étrangers de la portion supérieure du tube digestif; chaque observation dénote la présence possible d'un corps étranger nouveau, montre la possibilité d'accidents multiples, et soulève enfin la question si importante de l'intervention. La conduite à tenir en présence de ces cas est très variable, et demande un examen approfondi; tel cas guérira facilement par une extraction des plus simples, tel autre au contraire, pourra nécessiter une intervention chirurgicale souvent grave ; chez tel malade il conviendra de se tenir sur la réserve, parfois même d'éviter une tentative qui n'aurait que des résultats fâcheux, tandis que chez d'autres, il faut agir immédiatement. Enfin les corps

étrangers de l'œsophage donnent lieu parfois à de nombreuses complications d'ordre divers, précoces ou tardives sur lesquelles on ne saurait trop attirer l'attention.

Du reste, les cas simples, lorsque le corps étranger est connu quant à sa nature, lorsqu'on a pu déterminer le point du conduit où il s'est arrêté, ne laissent pas cependant que de présenter de grandes difficultés pour le chirurgien; convient-il de tenter l'extraction par voie buccale, faut-il avoir recours au refoulement vers l'estomac? Doit-on tenter une opération sanglante, ou bien vaut-il mieux laisser les choses en s'en tenant à une expectation armée, en prévision de la nécessité d'une intervention ultérieure plus ou moins grave? Ce sont là autant de questions qu'il faut se poser.

Enfin dans les cas où l'on se décide nettement à l'extraction par la voie buccale, de nouvelles hésitations peuvent surgir. Un grand nombre de méthodes ont été professées; les moyens à employer sont multiples; parmi eux il faut choisir le procédé le meilleur, celui qui sera le plus inoffensif, et qui, en même temps, amènera le plus sûrement le corps étranger au dehors.

De plus, les complications non seulement précoces, mais aussi tardives, doivent être présentes à l'esprit du praticien, pour lui permettre de porter un pronostic juste, ce qui est une des choses principales que l'on réclame de lui.

Donc, pour toutes ces raisons, nous croyons bien faire, en étudiant ici les corps étrangers de l'œsophage, malgré le grand nombre de travaux parus sur ce sujet. C'est une question connue sans doute, mais qui ne peut

que gagner à l'être davantage. Elle est d'une observation pour ainsi dire journalière, et nous serons trop heureux si nous pouvons arriver à tracer d'une façon juste la conduite à suivre dans ces cas si variables et parfois si difficiles.

Nous n'essayerons pas de retracer d'abord l'historique des corps étrangers de l'œsophage et des méthodes de traitement qui leur ont été opposées. Nous n'avons pas la pensée de signaler tous les cas ni même tous les travaux publiés sur la question, ce qui nous entraînerait bien loin au delà des limites dans lesquelles nous devons rester; nous insisterons seulement sur les cas nouveaux et les études récentes en retraçant l'étiologie des corps étrangers.

Puis après avoir rappelé l'anatomie de l'œsophage d'une façon succincte, et uniquement par les points où elle intéresse l'étude des corps étrangers de ce conduit, nous parlerons de la physiologie et de l'anatomie pathologiques. Ces quelques considérations anatomiques nous semblent indispensables à l'étude d'une partie des symptômes et de toutes les complications que comporte cet accident.

Nous étudierons ensuite les symptômes qui résultent de l'introduction d'un corps étranger dans cette portion du tube digestif, et les complications précoces ou tardives qui peuvent en résulter.

Après avoir rapporté les observations nouvelles que nous avons pu réunir sur ce sujet, nous dirons quelques mots du diagnostic et du pronostic, pour arriver rapidement à la conduite à tenir, le traitement étant en la matière un point capital.

Nous terminerons par quelques remarques qui résumeront notre travail et par l'indication bibliographique des publications qu'il est intéressant de consulter.

Mais avant d'entrer plus complètement dans notre sujet dont nous venons d'exposer le plan à grands traits, nous voulons remercier ici tous nos maîtres, qui ont bien voulu nous guider dans nos études médicales, et particulièrement ceux dont l'obligeance nous a permis d'entreprendre ce travail.

Dans le service de M. le Dr Desprès, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital de la Charité, nous avons pu recueillir une observation rare qui figure dans ce travail ; nous lui en adressons tous nos remerciements.

La majeure partie des cas que nous relaterons plus loin, a été recueillie, dans le service de M. le professeur Lannelongue. M. le Dr Broca, assistant de ce service, a bien voulu nous les communiquer; nous ne saurions trop leur en exprimer notre vive reconnaissance ; qu'ils veuillent bien agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Que M. le professeur Tillaux, chirurgien à l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, veuille bien recevoir nos remerciements respectueux pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE V

ETIOLOGIE.

Dans l'exposé de notre plan, nous avons dit que nous ne ferions pas, à part, de chapitre sur l'historique; en effet, un historique complet nous conduirait beaucoup trop loin d'une part, et d'un autre côté il nous a semblé plus simple de grouper les noms que nous avons à citer, soit à cause de l'importance de leurs travaux, soit en raison de leur récente date, au cours de l'étiologie.

Les corps étrangers de l'œsophage ont certainement été observés de tous temps : Ambroise Paré, Forestus, Ledran, Wierus en ont rapporté des exemples, mais la question est restée mal connue ou tout au moins exposée avec peu de netteté, jusqu'au moment où parut le mémoire de Hévin (1), comme le fait justement remarquer Michel dans son article « œsophage » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (2); le travail de

1. Hévin. *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 1761, t. I, p. 444.

2. Michel. *Dict. encyclopédique des sciences médicales*, t. XIV, p. 498.

Hévin où les corps étrangers ont été rangés d'une façon un peu différente de la division qu'on adopte généralement aujourd'hui, n'en reste pas moins l'un des meilleurs, et l'on n'y a pas ajouté grand chose depuis, si ce n'est au point de vue de l'intervention que les progrès de la chirurgie ont rendue plus facile et plus sûre. Hévin divisait les corps étrangers de l'œsophage ainsi : 1° Corps étrangers qui s'arrêtent dans l'œsophage et qui peuvent être enfoncés; 2° ceux qui doivent être retirés; 3° ceux qu'on ne peut retirer et qu'on est obligé d'enfoncer; 4e ceux qui sont avalés ou arrêtés dans l'œsophage. On ne peut aujourd'hui conserver une semblable division, car il est impossible avec nos connaissances et nos moyens actuels de grouper dans une même catégorie des corps que l'on refoule parce qu'on ne peut les extraire; l'œsophagotomie externe nous permet maintenant une autre alternative.

Nous devons signaler encore d'intéressants travaux de Mondière (1), de Bégin (2) et la thèse de Martin (3), etc. En 1870, Terrier en fait le sujet de sa thèse. Des 1877, Langenbeck (4) rapporte un cas de corps étranger traité par l'œsophagotomie que Greatani avait déjà proposée vers 1743. F. Busch (5), Duplay (6), Mayer (7), Pelli-

1. Mondière. *Arch. générales de médecine*, 1830, t. XXIV, p. 388.
2. Bégin. *Mém. de méd. militaire*, Paris, 1833, t. XX, p. 377.
3. Martin. Thèse de Paris, n° 117, 1868.
4. Langenbeck. *Ueber Fremdkœrper in œsophagus und œsophagotomi. Berlin. Klin. Woch.*, 1877, p. 741.
5. Busch. *Ueber perforation des œsophagus durch Fremdkœrper. Arch. f. Kl. chir.*, t. XVI, p. 68.
6. Duplay. Soc. de chirurgie, 1874, p. 78.
7. Mayer. *Deutsch. archiv. f. Klin. méd.*, 1875, t. XVII, p. 120.

ciotti (1), Schenborn (2) avaient rapporté de leur côté un certain nombre d'observations intéressantes par des complications plus ou moins graves et parfois même inattendues.

La question fut reprise d'ensemble en 1879 par Paulet, dans son *Traité des corps étrangers*, et par Névot (Th. de Paris, 1879), et en 1880, M. le professeur Lannelongue présentait à la Société de Chirurgie de nouvelles observations (nouvelle série, t. VI, p. 309 et 311).

Rennie, en 1885 (*in Indian. méd. journ.*, janvier 1885 et *Revue internat. des sciences médic.*, Paris 1885, t. XXVI, p. 389), cite des observations de corps étrangers bizarres qu'il a eu l'occasion de rencontrer assez fréquemment dans la région où il exerce ; ce sont des larves de mouches qui se déposent dans l'œsophage et y subissent leur transformation en donnant lieu à de graves accidents, signalons encore les noms de Thomas Markoc (3), Subbotic (4), G. Fischer (5), Stetter (6), Stackler (7), Fillot (8), Monnier (9), Wright (10), Richet (11), Bull (12),

1. Pelliciotti. *Il Morgagni*, février 1876.
2. Schenborn. *Berl. Klin. Woch.*, 1887, p. 725.
3. Thomas Markoc. *Annal. of Surgery*, Saint-Louis, 1886, t. IV, p. 193, n. 3.
4. Subbotic. *Allg. Wiener. méd.*, 16 mars 1886.
5. Fischer. *Deutsche. Zeitschr. f. chir.*, 1887, t. XXV, p. 565 et XXVII, p. 273.
6. Stetter. *Arch. f. Klin. chir.*, t. XXII, p. 959.
7. Stackler. Soc. anatom., 1880.
8. Fillot. Soc. anatomique, novembre 1882.
9. Monnier. *Bull. de la soc. anat.*, 1883.
10. Wight. *Méd. chronic.*, déc. 1887.
11. Bichet. *France méd.*, Paris, 1888, t I, p. 433, 506, 517.
12. Bule. *New-York méd. Times*, 29 oct. 1887.

Dumas (1), Weil (1), Périer (3), Grubert (4), Brulant (5), Schmolka (6), Gross (7), et bien d'autres que nous ne pouvons essayer de mentionner ici, et dont on pourra trouver l'indication dans les traités classiques, les Dictionnaires de Dechambre et de Jaccoud et à la fin de ce travail.

Que faut-il entendre au juste par corps étranger de l'œsophage au point de vue clinique? Nous adopterons la définition des auteurs et en particulier de M. Walther dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus: « On appellera corps étranger de l'œsophage, tout corps qui au lieu de parcourir ce conduit y reste arrêté. » Mais il convient au point de vue clinique de réunir la partie inférieure du pharynx à la partie supérieure de l'œsophage, car les corps étrangers qui s'y arrêtent donnent lieu aux mêmes symptômes et demandent le même traitement.

D'ailleurs, la physiologie justifie pleinement la réunion du pharynx et de l'œsophage, et si l'anatomie marque une limite entre la terminaison de l'un et l'origine de l'autre, cette limite est fictive.

Les corps étrangers viennent parfois de l'organisme

1. Dumas. *Gaz. hebdomad. de Montpellier*, 21 juillet 1888.
2. Weil. *Revue médicale de l'Est*, 1er août 1888.
3. Périer. *Mercredi méd.*, 1890, p. 212.
4. Grubert. *Vratch.*, 18 oct. 1890.
5. Brulant. *Bull. méd. du Nord*, 26 déc. 1890 et 1891, p. 650.
6. Schmolka. *Prager méd. Wochensch.*, 30 déc. 1891, p. 607.
7. Gross. *Semaine méd.*, 1891, p. 45.

lui-même, mais c'est là le cas le moins fréquent. Houllier et Boulard de Nancy ont rapporté dans cet ordre d'idées des faits dans lesquels une portion alimentaire trop volumineuse était rentrée dans l'œsophage par vomissement et s'y était arrêtée par un spasme rétrécissant le conduit. Laprade et Meplain ont vu également des paquets de lombrics remonter dans une nausée et se fixer dans l'œsophage. Des portions de tœnia, des kystes hydatiques peuvent donner lieu aux mêmes particularités.

Il est aussi possible, ou tout au moins les auteurs l'admettent, qu'un séquestre vertébral puisse venir constituer un corps étranger de l'œsophage. Mais c'est là jusqu'aujourd'hui une simple vue théorique et nous n'avons pu trouver nulle part dans la littérature médicale, mention d'un cas semblable.

Langenbeck a seulement rapporté le fait d'un individu atteint de nécrose syphilitique des os du nez et qui pendant son sommeil avala un séquestre qui venait de se détacher et qui s'arrêta dans l'œsophage.

Le plus souvent, les corps étrangers pénètrent de l'extérieur dans l'œsophage. Tantôt ils sont avalés volontairement avec l'alimentation, tantôt ils pénètrent en dehors de l'alimentation, que leur ingestion soit ou non volontaire.

Il est assez commun de voir un corps étranger constitué par un fragment d'aliment mal trituré ou trop volumineux particulièrement chez les gloutons et chez les aliénés. Ou bien ce sont des os que l'on avale par mégarde, ou des arêtes qui se mettent en travers, ou s'enfoncent dans les parois du conduit ; dans ces

cas, rentrent ceux que Duplay et Pellicciotti ont rapporté. Le malade dont parle Duplay (Soc. de chir., 1874), avait avalé un fragment d'os, qui, chose singulière, n'avait donné lieu à aucun symptôme certain et net. Pellicciotti (1) parle d'un homme de 42 ans qui avala un morceau fibreux de viande qu'il ne put mâcher. Aussitôt le malade éprouva une sensation de constriction au cou. Plusieurs médecins tentèrent en vain l'extraction, et Pellicciotti, appelé le troisième jour, réussit à débarrasser le malade, après avoir fait cesser le spasme œsophagien avec des pulvérisations bromurées. Le malade dont nous rapportons plus loin l'histoire dans notre observation II est tout à fait analogue et plus frappant encore par sa brusque terminaison tragique. Godinet, dans les *Annales de Montpellier* (t. III, p. 230), rapporte entre autre un cas d'arête de poisson avalée. Larrey (2) et Baizeau (3) ont signalé dans certain pays la présence de la sangsue hœmopis dans l'œsophage; la sangsue étant très petite peut être déglutie très facilement avec l'eau, elle se fixe sur les parois du conduit et c'est là, sur place, qu'elle augmente de volume et fait un véritable obstacle.

On a cité plusieurs exemples de corps étrangers constitués par des dragées, chez les enfants ; bien que ces corps soient en partie solubles, ils n'en déterminent pas moins quelquefois les plus graves accidents.

1. Pellicciotti. *Loco citato.*

2. Larrey. *Campagne d'Egypte*, p. 134.

3. Baizeau. *Gaz. médic. de Paris*, 1863, p. 613.

Les corps étrangers peuvent aussi être avalés en dehors de l'alimentation. Ici, nous trouvons toutes sortes d'objets plus ou moins bizarres. Les pièces de monnaie tiennent la première place. Dans nos observations il s'agit onze fois de pièces de cinq ou dix centimes ; dans les cas publiés par les auteurs, on en rencontre aussi un grand nombre. M. Félizet (1) parle d'un enfant de deux ans qui avait avalé une pièce de vingt sous ; mais ce cas était compliqué par la tentative d'extraction ; le panier de Graëfe avait été introduit et ne pouvait être retiré.

Les monnaies plus volumineuses figurent aussi sur la liste des corps étrangers ; les pièces de cinq francs ne sont pas très fréquentes ; outre le cas classique dont la pièce est dessinée dans les ouvrages classiques, M. Terrillon (2) en a rapporté deux exemples ; dans l'un il s'agissait d'un homme de 22 ans qui voulant tordre la pièce entre ses dents l'avala par mégarde, et mourut après avoir refusé toute opération, d'une ulcération de l'aorte. Dans l'autre, le corps étranger ne put être enlevé que par l'œsophagotomie externe, et le malade guérit. Dans notre première observation nous citons l'exemple d'un homme qui avala cinq francs dans un pari d'ivrogne ; la pièce fut extraite facilement par M. le Dr Desprès. Ce sont souvent les pièces de monnaie qui entraînent un fâcheux pronostic. Gerster, dans le *New-York., méd. Journ.* (6 février 1892 p. 141) donne une observation dans laquelle il s'agit d'un bouton en cuivre avalé par un

1. Félizet, Soc. de chirurg., séance du 15 mars 1893.

2. Terrillon, Soc. de chirurgie, 8 mars 1893.

enfant d'un an qui ne présentait que signes d'obstruction de la trachée, et qui mourut malgré la trachéotomie ; à l'autopsie le bouton fut trouvé ayant perforé l'œsophage et la trachée.

M. Périer (1) a également présenté à l'Académie de médecine le 29 avril 1890, le cas d'une enfant de 10 ans à laquelle il dut extraire par l'œsophagotomie externe, un bouton de manchette qu'elle avait avalé en jouant.

Les cas d'aiguille ou d'épingle ne sont pas rares non plus. M. Dagron en a présenté un à la société anatomique (16 janvier 1891) ; M. Vallas (2) en rapporte un autre où l'extraction a pu être faite. A. Schenborn (3) a vu une aiguille arrêtée à 4 centimètres au-dessus du cardia, elle perfora l'aorte, donna lieu à une infiltration sanguine médiastine et péripharyngée, et la malade mourut le neuvième jour d'une hémoptysie foudroyante.

Les jouets d'enfants, les billes, comme dans une des observations que nous devons à M. le Dr Broca, les pierres, des disques de plomb, comme dans un cas de M. Jalaguier (Soc. de chir. 15 mars 1893), un morceau de fer blanc, comme dans l'exemple de Romniciano de Buckarest (*Rev. des mal. de l'enfance*, juillet 1890, p. 321). une brochette en bois, comme l'a vu Gerster (*New-York. méd. Journ.*, 6 février, 1892, p. 141), sont autant de corps étrangers que l'on peut rencontrer.

1. Février. *Mercredi médical.* 6 mai 1890.

2. Vallas. Soc. des sciences médicales de Lyon, 27 oct. 1895. *Mercredi médical,* 13 novembre 1895.

3. A. Schenborn. *Berlin. Klin. Woch.*, 1877, p. 725.

Il en est de même des morceaux de verre, des légumes secs qui présentent le grave inconvénient de se gonfler par l'humidité.

Les prothèses dentaires avalées par mégarde, fournissent un gros contingent; sans vouloir rappeler les observations anciennes et connues, nous citerons les cas de Wrigt (deux fausses dents) de Deaver (1), de A. Sontham, de Gangolphe (2), de Abbe (3), de Segond (4), de Cahier (5), etc.

Enfin les objets les plus singuliers et les plus inattendus peuvent être rencontrés, des hameçons, des clefs, des lunettes, une fourchette, une brosse à dent, un clou, etc.

Il peut aussi arriver que dans l'exploration du conduit, l'instrument se brisant devienne un corps étranger; c'est ainsi que l'on rencontre des éponges, des boules olivaires, le panier de de Graëfe, comme dans le cas cité plus haut de Félizet.

Signalons encore les larves de mouches dont parle Rennie aux Indes, et certains corps solubles dont les solutions sont corrosives, comme les crayons de nitrate d'argent par exemple.

On a aussi observé parfois des corps étrangers venus de l'extérieur dans l'œsophage, soit par la trachée, soit par une plaie du cou; par exemple, une balle dans une

1. Deaver J. B. *Œsophagotomie for impaction of artificial teeth méd. News. philad.*, 3 mai 1890, t. LVI, p. 475.

2. Gangolphe. *Mercredi méd.*, 13 novembre 1895.

3. Abbe. *New-York méd. journ.*, 1 mars 1892, p. 319.

4. Segond. Soc. de chirurgie, 15 mars 1893.

5. Cahier, de Lyon. Soc. de chir., 15 mars 1893.

plaie par arme à feu comme Ollier en a rapporté un exemple en 1869.

Ainsi les corps étrangers sont excessivement variables et comme volume et comme nature. C'est surtout chez les enfants que l'on a l'occasion de les observer et particulièrement de 1 an à 10 ans; on sait la tendance naturelle de cet âge à mettre dans la bouche toute sorte d'objets.

Chez l'adulte, les corps étrangers de l'œsophage se rencontrent surtout chez les gloutons, les gros mangeurs et les ivrognes. Enfin, les aliénés fournissent une bonne part des observations. On peut aussi faire entrer en ligne de compte, mais à titre tout à fait secondaire, les vieillards qui ne peuvent plus mastiquer suffisamment.

Ajoutons encore que toutes les affections de la bouche, du pharynx, de l'œsophage, qui peuvent gêner la déglutition prédisposent à cet accident, ainsi que le fait de porter un appareil prothétique quelconque dans la cavité buccale.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

Nous envisagerons rapidement dans ce chapitre quelques considérations sur les rapports de l'œsophage, expliquant la plupart des complications consécutives à l'introduction des corps étrangers dans ce conduit : nous verrons ensuite la physiologie et l'anatomie pathologiques des corps étrangers.

Considérations anatomiques. — L'œsophage est un conduit musculo-membraneux, répondant, surtout à sa partie postérieure, à une atmosphère celluleuse lâche, sur laquelle il glisse dans les mouvements de déglutition. La direction générale est verticale ; il s'étend de la sixième vertèbre cervicale à la onzième vertèbre dorsale, et mesure environ 25 centimètres de long. Trois petits muscles assurent sa fixation, ce qui n'est pas indifférent comme nous le verrons, au point de vue des complications possibles, ce sont les muscles broncho-œsophagien, aortico-œsophagien et pleuro-œsophagien.

Etendu du pharynx à l'estomac, l'œsophage présente deux portions, l'une supérieure, cervicale, chirurgicale, l'autre inférieure, thoraco-abdominale à peu près inaccessible au chirurgien.

Dans sa première portion, l'œsophage est en rapport en avant avec la terminaison du larynx et avec la face postérieure plane et dépressible de la trachée qui peut donc se trouver obturée plus ou moins complètement par la saillie d'un corps étranger de l'œsophage. Il répond là aussi au récurrent et surtout au récurrent gauche. En arrière, l'œsophage s'adosse à la colonne vertébrale dont le sépare un tissu cellulaire lâche, qui n'est que la continuation du tissu celluleux rétro-pharyngien. Latéralement, cet organe répond à droite au récurrent droit et des deux côtés, aux lobes latéraux du corps thyroïde et au paquet vasculo-nerveux du cou dont il est plus voisin à gauche qu'à droite (Tillaux).

Dans le thorax, l'œsophage occupe le médiastin postérieur, parmi les rapports qu'il présente dans cette région, ceux qui nous intéressent le plus ici, sont en avant, la bifurcation des bronches et la bronche gauche, ce qui nous explique comment un corps étranger peut établir une communication entre le conduit aérien et cette portion du tube digestif. Plus bas, l'œsophage est en rapport avec le tissu cellulaire du médiastin, et de nombreux ganglions auxquels se rendent ses vaisseaux lymphatiques (Mascagni).

En rapport sur les côtés avec la plèvre médiastine, l'œsophage laisse un prolongement pleural passer derrière lui, faisant la fonction de bourse séreuse pour faci-

liter les glissements, comme l'a démontré M. Quénu. A gauche, il vient, en outre, se mettre en rapport intime, avec la portion terminale de la crosse aortique, ainsi qu'avec la carotide primitive et la sous-clavière gauches près de leur origine.

L'aorte ne quittant plus le conduit œsophagien jusqu'au diaphragme, le contourne, et après s'être placée à sa gauche, passe derrière lui. Ces rapports nous rendent facilement compte de l'hémorrhagie foudroyante par ulcération ou perforation de l'aorte, qui vient trop souvent mettre fin aux cas de corps étrangers arrêtés dans la portion thoracique du tube digestif.

Enfin, les nerfs pneumo-gastriques, après avoir côtoyé l'œsophage, changent un peu de direction et viennent se placer le gauche en avant et le droit en arrière. Ajoutons encore que dans cette région l'œsophage répond en avant au péricarde.

Ainsi se trouvent expliqués les cas d'abcès du médiastin de lésion de l'arbre respiratoire et des gros vaisseaux qui sont les principales complications des corps étrangers du conduit œsophagien.

Enfin dans l'abdomen, l'œsophage répondant a ux piliers du diaphragme, au bord postérieur du foie, est en rapport avec le péritoine, et cela nous rend faciles à comprendre les péritonites possibles après lésion de l'œsophage.

Nous avons dit au début de ces rapides considérations anatomiques que l'œsophage a une direction générale à peu près verticale ; cette direction, suffisamment exacte pour le cathétérisme, n'est cependant pas absolument rigoureuse comme le montre bien le professeur Tillaux dans

son *Traité d'anatomie topographique.* L'œsophage traversant le diaphragme à gauche de la ligne médiane, oblique en effet de ce côté pour gagner son orifice propre. Toutefois dans son trajet il rencontre un obstacle, la crosse de l'aorte qui l'oblige à ce moment (troisième vertèbre dorsale) à se dévier à droite.

Quant au calibre de l'œsophage, il n'est point uniforme et d'après les moulages de M. Mouton, il existe trois points rétrécis qui, par conséquent, seront les lieux où s'arrêteront le plus facilement les corps étrangers ; ces trois points sont situés, l'un à l'origine de l'œsophage, l'autre à sept centimètres au-dessous, au niveau de la déviation produite par l'aorte, et le troisième un peu au-dessus de la terminaison. Ces trois points sont aussi les plus dangereux, car le supérieur est en contact avec la portion terminale du larynx et l'origine de la trachée, le second avec l'aorte et le troisième, avec la cavité péritonéale.

Physiologie pathologique. — Les corps étrangers de l'œsophage pénètrent rarement à travers les téguments, ou venant de l'arbre respiratoire. Le plus souvent, ils viennent de l'extérieur par la voie buccale.

Tantôt ils sont déglutis en même temps que les aliments et par le même mécanisme, soit qu'on les avale par mégarde au milieu du bol alimentaire, soit qu'on les avale volontairement (pari d'ivrogne, tentative de suicide, aliénation mentale). Chez les enfants, il arrive souvent qu'un mouvement d'inspiration brusque, l'acte de rire, de tousser, de vouloir cracher, de crier, entraîne le corps étranger qu'ils ont dans la bouche, vers le pharynx ou son con-

tact produit le réflexe de la déglutition. Tantôt, c'est pendant le sommeil normal ou le sommeil anesthésique que le corps étranger (une pièce dentaire) se détache et est dégluti, d'où le conseil fort sage de ne pas faire une anesthésie, sans s'être assuré qu'il n'y a pas de prothèse dans la bouche.

Le corps étranger parvenu dans l'œsophage, produit par son contact avec la muqueuse une irritation des terminaisons nerveuses et provoque d'une part des efforts de vomissement et de déglutition; d'autre part, du spasme des fibres circulaires de l'œsophage. Le premier fait aura pour résultat d'augmenter l'enclavement du corps étranger ; le second agira de même et produira un double bourrelet au-dessus et au-dessous du corps étranger, de sorte que celui-ci sera solidement fixé en son point d'arrêt.

Parfois cependant, les mouvements normaux de déglutition pourront faire cheminer l'obstacle vers l'estomac, s'il n'est pas trop volumineux et n'a pas d'aspérités blessantes.

La physiologie normale de l'œsophage nous permet aussi de comprendre pourquoi les aliments liquides sont souvent déglutis facilement malgré la présence d'un corps étranger. On sait, en effet, que dans les déglutitions associées pour les liquides, l'œsophage, comme l'a montré Arloing, se transforme en un conduit inerte et laisse couler les boissons sans se contracter.

Anatomie pathologique. — Ici nous rappellerons seulement que les trois points rétrécis de l'œsophage sont

les lieux d'élection pour l'arrêt des corps étrangers; mais les corps pourvus d'aspérités pourront néanmoins s'arrêter n'importe où.

Les corps plats comme les pièces de monnaie, tendent l'œsophage le plus souvent dans le sens transversal et produisent une compression intense au niveau de leurs bords, tandis qu'en avant et en arrière, l'explorateur trouve un passage assez libre.

Quant à la solubilité des corps étrangers, elle est avantageuse quand la solution n'est pas caustique (sucre, etc.), mais elle peut aggraver le pronostic dans les cas contraires.

Enfin, on pourra observer toutes les lésions de l'œsophage; altération par compression et gangrène, inflammation, blessures directes, suppuration des parois et surtout du tissu cellulaire environnant et des ganglions lymphatiques.

Les organes en rapport direct avec cette portion du tube digestif peuvent participer à ces lésions et l'on aura des blessures, des ulcérations de l'aorte (cas de Denonvilliers au musée Dupuytren), du péricarde, de la trachée, de la bronche gauche, du larynx, et même de la plèvre, avec pyopneumothorax, comme dans le cas de Busch (*Arch. f. Klin. Chir.*, t. XVI, p. 68), où la plèvre droite s'était mise en communication avec l'œsophage, trois jours après l'accident.

CHAPITRE III

SYMPTOMES ET COMPLICATIONS.

Rien n'est plus variable que les signes fournis par les corps étrangers de l'œsophage ; alors que certains d'entre eux donnent naissance à des troubles digestifs surtout, d'autres sont accompagnés de dyspnée, et d'autres enfin d'hémorrhagie ; ou bien même les symptômes font à peu près complètement défaut.

On peut diviser suivant les signes, les cas en quatre types cliniques.

Le premier conduit à une mort immédiate, soit par asphyxie, comme dans l'observation II que nous rapportons ici, soit par hémorrhagie foudroyante, le corps étranger ayant perforé l'aorte ou un gros vaisseau (sous-clavière gauche, carotide primitive gauche). Les malades se cyanosent et meurent, ou bien ils sont pris d'hématémèse ou d'hémopthysie rapidement fatales.

Le second type clinique est caractérisé par des symptômes immédiatement très graves. Ici les symptômes de dysphagie sont relégués au second plan par l'intensité de

la dyspnée. Le corps étranger le plus souvent est alors très volumineux et comprime le larynx ou la trachée ; les phénomènes dyspnéïques sont tellement accusés que l'on peut méconnaître le corps étranger de l'œsophage et songer à un obstacle trachéal. Plusieurs cas ont été rapportés dans lesquels on a fait la trachéotomie dans ces circonstances sans résultat bien entendu.

Tel est par exemple le cas rapporté par Gerster (*loco citato*). Il s'agissait d'un enfant d'un an, qui présentait des signes d'obstruction trachéale, surtout accusés au moment de l'expiration. La trachéotomie fut faite, mais ne procura aucun soulagement, et l'enfant mourut. A l'autopsie on trouva un bouton en cuivre entre la trachée et l'œsophage, à égale distance du cartilage cricoïde et de la bifurcation des bronches. La trachée et l'œsophage perforés, étaient en communication.

D'ailleurs ce type clinique ne nécessite pas toujours la présence d'un corps étranger très volumineux; on peut l'observer dans des cas où l'obstacle est de dimensions moyennes, lorsque la contracture réflexe vient s'ajouter au volume du corps ingéré.

Dans le troisième type clinique, on constate peu de symptômes immédiats graves. Ce sont, comme toujours, les signes fonctionnels qui sont les plus constants ; il y a de la dysphagie, surtout pour la déglutition des aliments solides ; la douleur souvent vague et mal localisée peut se montrer pourtant en un point fixe qui est en rapport assez exactement avec le point d'arrêt du corps étranger. La dyspnée est modérée lorsqu'elle existe ; elle peut faire défaut.

Enfin dans le quatrième type il n'y a pour ainsi dire aucun symptôme net d'obstruction œsophagienne; le malade a seulement ressenti au moment de la déglutition du corps du délit, une angoisse, avec étouffement, puis tout rentre dans l'ordre. C'est ainsi que les corps étrangers plats en particulier sont quelquefois longtemps très bien supportés de sorte que si l'on s'en rapportait aux seuls symptômes fonctionnels, on pourrait ne pas croire à l'existence du corps étranger. C'est dans ce groupe que rentrent les exemples rapportés par Bégin, Erischen, Denonvilliers, etc. Le premier malade, un caporal, avait avalé un écu de 6 francs; le second, une pièce prothétique du palais, en gutta-perca; le troisième, une pièce de cinq francs. Tous les trois succombèrent pourtant à une hémmorrhagie tardive.

Bien qu'on ait vu des corps étrangers passer sans accidents dans le reste du tube digestif, comme dans les observations de Toubin de Bezanzon (1) et de Fraggiades de la nouvelle Ephèse (2). Le premier malade était un détenu qui après avoir avalé un manche de cuiller en fer, déglutit le thermomètre à maxima avec lequel on prenait sa température; ce thermomètre qui mesurait 13 millimètres de diamètre fut rendu le neuvième jour par les selles sans que le malade se soit ressenti de rien; en même temps il rendit le manche de la cuiller.

Le malade de Fraggiadès était un enfant de cinq ans

1. Toubin (Bezanzon) *Assoc. française pour l'avancement des sciences* 1893.

2. Fraggiades. *In semaine médic.*, 1886., p. 489.

qui avala un crochet à broder long de 4 centimètres, et le rendit dans les selles après un léger purgatif au bout de cinquante heures.

A ces synptômes immédiats pouvant se grouper directement il faut ajouter du larmoiement dans certain cas, de la douleur fixe en un point, pouvant persister un certain temps après l'extraction de l'objet. Ce n'est pourtant qu'avec la plus grande réserve qu'on acceptera l'idée du rejet immédiat du corps étranger, surtout si le malade ne l'apporte pas ; cette réserve est d'autant plus importante que les cas rentrant dans le quatrième type clinique, c'est-à-dire presque sans symptômes immédiats, ne sont nullement à l'abri des accidents secondaires si graves et des complications les plus sérieuses, comme nous le dirons à l'instant.

La dysphagie, la dyspnée, l'hémorrhagie, les nausées, les vomissements, l'expuition de glaires sanguinolentes, la régurgitation sont donc les symptômes les plus communs ; on peut en outre leur adjoindre des troubles de la circulation capillaire, le pouls petit, les sueurs, le refroidissement, les spasmes les convulsions pseudo-tétaniques, le trismus, voire même les convulsions généralisées (cas de Godinet). La voix peut aussi être modifiée (voix rauque) ou supprimée complètement (aphonie).

Les symptômes secondaires ne sont pas moins importants que les précédents. Les signes de la première période s'atténuent momentanément, mais il reste une certaine gêne de la déglutition pour les aliments solides, des douleurs locales et quelques troubles de la voix; cela peut tenir au déplacement de l'objet, ou bien à ce que la

sensibilité de ce point de l'œsophage s'est émoussée.

On commence alors à constater de la régurgitation et la pseudo-digestion œsophagienne qui se passe dans une dilatation du conduit au-dessus de l'obstacle. Autour du corps étranger les tissus s'enflamment rapidement, et cette inflammation ne s'arrête pas toujours après l'extraction.

C'est alors qu'apparaîtront les accidents de suppuration, le sphacèle, l'ulcération des gros troncs vasculaires, la cachexie, la mort subite.

La suppuration peut se faire dans un diverticule accidentel de l'œsophage, en communication avec le conduit, ou bien c'est un abcès périœsophagien qui viendra s'ouvrir dans cette portion du tube digestif. Mais bien souvent les abcès ont une grande tendance à fuser au loin ; tantôt ils font irruption dans les voies de l'air et l'on assiste à une véritable vomique, tantôt le pus fuse vers le médiastin et va s'ouvrir dans le péricarde, donnant une péricardite purulente fatale, dans la plèvre (cas de Moudière, cas de Busch). L'ouverture dans la plèvre droite est la plus ordinaire, mais ce fait n'est cependant pas un accident très commun, puisque Adelmann n'a pu en réunir que trois cas, deux de Demarquay et un publié dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1854 (p. 396). Ces trois cas ont été mortels, et les corps étrangers étaient des pièces de monnaie. Enfin, les corps vertébraux peuvent se nécroser après dénudation et le pus fuse dans le canal médullaire.

Si la suppuration est une complication le plus souvent très grave, elle a pourtant pu avoir quelquefois une heu-

reuse issue ; une aiguille, par exemple, peut venir se présenter à l'extérieur en donnant un abcès sous-cutané. Ce fait a été bien démontré par les expériences de Gzoza et Omboni, sur des chiens, citées par Walther, dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus.

Le sphacèle résultant de la compression exercée sur les tissus par le corps étranger aura des conséquences non moins graves. C'est ainsi que la trachée ou les bronches, le larynx, seront perforés et mis en communication avec le conduit digestif. Le corps étranger quittant sa position première peut alors abandonner l'œsophage et pénétrer dans les voies de l'air.

C'est par le même mécanisme que se produisent les ulcérations des gros troncs vasculaires. Cette question a été bien étudiée par Névot dans sa thèse en 1879. C'est en général au bout de six à dix jours qu'elles se produisent et surtout avec les corps irréguliers présentant des aspérités aiguës.

C'est le plus souvent l'aorte qui est lésée ; puis viennent par ordre de fréquence décroissante : la carotide primitive, la veine-cave supérieure, la thyroïdienne inférieure, la sous-clavière, la demi azygos, l'artère pulmonaire, enfin l'oreillette.

Ces lésions vasculaires peuvent donner lieu à deux types classiques qui sont comparables à ceux de la rupture brusque d'un anévrysme et d'un anévrysme fissuraire ; tantôt le malade est pris d'une soudaine anxiété et meurt d'une hématémèse foudroyante, tantôt au contraire, le sang s'infiltre d'abord peu à peu dans le tissu cellulaire du médiastin, dans l'épaisseur des parois du conduit et de

l'estomac, c'est ce que l'on voit, par exemple, dans l'observation de A. Schenborn (1) ; il n'y a pas ou peu d'hémorrhagie vers l'extérieur jusqu'au jour où le malade succombe à une hémorrhagie foudroyante.

Enfin, les signes immédiats calmés, le malade porteur d'un corps étranger de l'œsophage, est encore exposé, outre les complications suivantes, à la mort subite. S. Duplay a insisté sur ces faits dans lesquels une émo tion vive, un effort de déglutition réveillaient tous les accidents du début et pouvaient entraîner la mort immédiate. Il faut encore ajouter ici que la mort subite peut être dûe à l'œdème de la glotte ; Stackler en a rapporté un cas à la Société Anatomique en 1880.

Ces accidents secondaires peuvent ne pas se produire, et laisser place à des complications d'ordre plus général. Les malades sont pris de temps à autres de véritables accès dyspnéïques intenses, c'est le pseudo-asthme suffocant. Ils maigrissent, perdent l'appétit et peu à peu se cachectisent au point de présenter le tableau de la pseudo-phtisie, et c'est dans ces conditions alors qu'ils succombent au bout d'un temps variable.

A côté de ces complications mortelles, il convient de rappeler qu'après l'extraction d'un corps étranger de l'œsophage, il peut se produire un rétrécissement cicatri-

1. Dans l'observation de cet auteur (*Berl. Klin. Woch.*, 1877, p. 725). Il s'agissait d'une aiguille arrêtée à 4 centimètres du cardia. Il y eut infiltration sanguine du tissu cellulaire périœsophagien et prévertébral remontant si haut qu'on vit et incisa une saillie rétro-pharyngienne, du reste sans inconvénient. Le neuvième jour la malade mourut d'hémorrhagie et l'on trouva de l'infiltration sanguine jusque dans les parois de l'estomac.

ciel. On connaît les symptômes de cette affection et les modes de traitement qu'elle réclame, nous ne saurions ici nous y arrêter.

Tous les corps étrangers de l'œsophage ne donnent pas lieu à ces symptômes graves; il peut arriver par exemple qu'une aiguille chemine vers l'extérieur et sorte à travers le tégument sans causer d'accident. Quelquefois le corps étranger, arrêté un moment dans l'œsophage, passe ensuite de lui-même dans l'estomac ou bien est rejeté au dehors dans un effort de vomissement; ces deux cas s'expliquent facilement si l'on songe que le spasme œsophagien peut être pour une bonne part dans l'enclavement et que dès lors, sa suppression laissera le corps étranger libre.

Mais ces cas heureux sont aussi les plus rares et il ne faut jamais attendre en comptant sur une semblable évolution naturelle.

OBSERVATIONS

Observation I (personnelle).

Observation du service du Dr Desprès, à l'hôpital de la Charité.

Charles X..., ouvrier, âgé de 32 ans, vient le 2 mars dans le service de M. Desprès à l'hôpital de la Charité, pour se faire extraire une pièce de cinq francs qu'il avait avalée depuis deux jours.

Cet homme vigoureux et bien portant ne présente que peu de choses à relever dans ses antécédents ; bien portant d'habitude, il a eu plusieurs blennorrhagies, et une fluxion de poitrine à l'âge de 28 ans. Pas d'autres antécédents morbides, un peu d'éthylisme.

Deux jours avant de venir à l'hôpital, faisant des libations avec des amis, il parie d'avaler une pièce de cinq francs avec laquelle il se proposait de payer les consommations ; le pari est tenu, et notre malade quelque peu pris de boisson met la pièce dans sa bouche et fait un mouvement de déglutition.

Le soir il ne peut manger ; il continue de boire ; les déglutitions sont pénibles ; pas de vomissements. Le malade ne peut donner des renseignements plus précis sur cette journée à cause de son état d'ivresse, il dit seulement qu'il était peu gêné.

Le lendemain, la déglutition d'aliments solides est impossible mais les liquides passent assez bien ; le malade éprouve seulement une sensation de pesanteur et de gêne derrière le sternum. Il s'inquiète de son état, et vient, le 2 mars, à la Charité, raconter son accident et demander l'extration du corps étranger qu'il sent nettement à chaque déglutition, derrière le sternum.

M. Desprès pratique l'exploration de l'œsophage avec l'explorateur à boule d'ivoire, olivaire; l'introduction en est facile; lorsque la boule arrive au niveau du second rétrécissement de l'œsophage, à 7 centimètres environ de son origine, au point où l'organe se dévie à droite, on perçoit un choc métallique, puis la sonde continue de pénétrer librement jusqu'à l'estomac ; au retour même sensation au même point.

M. Desprès prend immédiatement le panier de de Græfe et l'introduit. On sent au passage l'obstacle métallique.

En retirant l'instrument, le chirurgien perçoit la sensation d'accrochement et ramène la pièce ; au moment où elle passe derrière le larynx, le malade se cyanose et ne peut respirer ; puis le panier de de Græfe revient seul ; mais M. Desprès, introduisant deux doigts dans le pharynx, retire une pièce de cinq francs, à l'effigie de Louis-Philippe Ier et au millésime de 1847. Le malade fait une forte inspiration, et après un effort de vomissement rejette quelques glaires légèrement sanguinolentes.

Le malade rentre chez lui, éprouvant encore un peu de gêne, et nous avons pu le revoir huit jours après l'extraction de la pièce complètement remis et ne présentant aucun accident.

Nous remarquerons dans cette observation d'une part la rareté du corps étranger; il n'a été rapporté qu'un petit nombre d'exemples de pièces de cinq francs arrêtées dans l'œsophage.

D'autre part, dans ce cas particulier, un obstacle volumineux a pu rester un jour et demi dans l'œsophage, sans entraîner d'accident grave immédiat ou tardif. Enfin, le malade accusait une sensation de gêne et de pesanteur en un point qui répondait à peu près exactement à celui où le corps étranger était arrêté.

Observation II (1).

Le nommé M.... 28 ans, infirmier à l'Hôtel-Dieu de Rennes, portait un plateau chargé de morceaux de viande de bœuf, destinés à la nourriture des malades de l'hôpital. Au tournant d'un couloir, il rencontre la sœur supérieure de l'hôpital, il s'arrête, sa face se cyanose et il tombe à terre, mort.

A l'autopsie, on trouva dans l'œsophage une portion de bœuf, entière et non mâchée, qui obturait complètement ce conduit. L'obstacle s'était arrêté au niveau de la partie supérieure de l'œsophage, à son union avec le pharynx ; le corps étranger comprimait fortement d'arrière en avant l'origine de la trachée presque complètement aplatie et le larynx.

Rien dans les autres organes qui puisse expliquer cette mort subite, suffisamment compréhensible par la présence et le volume du corps étranger trouvé dans l'œsophage, ainsi que par sa situation.

Dans cette observation, nous voyons un exemple de mort immédiate par corps étranger de l'œsophage ; c'est

1. Observation communiquée par M. Raymond Petit, à l'Hôtel-Dieu de Rennes.

là une chose à laquelle il faut toujours songer. Sans doute, dans ce cas, une exploration immédiate de la bouche et du pharynx eut fait découvrir l'obstacle et permis de l'extraire à un moment où peut-être cet homme aurait pu être rappelé à la vie.

Observation III (personnelle).

André R..., âgé de 6 ans, est amené à la consultation de l'hôpital Trousseau au mois de novembre 1895 ; sa mère dit qu'il a avalé un sifflet depuis deux jours. Le premier jour, il a vomi et a refusé de manger ; il paraissait souffrir après avoir avalé ; il a vomi deux fois. Le lendemain, il vomit encore le matin, mais paraît déglutir assez facilement.

On décide de passer le panier de de Græfe. L'instrument pénètre avec facilité, jusque vers la partie supérieure de l'œsophage ; là, il semble qu'il y ait un léger temps d'arrêt, mais sans avoir de sensation bien nette, on arrive jusqu'à l'estomac. En retirant le panier, il y a un temps d'arrêt, cette fois, à la partie supérieure de l'œsophage. M. Luys, interne du service, introduit son doigt et sent que le panier a accroché le cartilage cricoïde. Avec un mouvement de rotation d'un quart de cercle, le panier est dégagé et retiré facilement ; l'enfant vomit des matières glaireuses, mais pas de sang.

Sa mère l'emmène, puis le conduit de nouveau à l'hôpital au bout de 24 heures après lui avoir fait manger, exclusivement, d'épaisses bouillies. En examinant avec soin les selles, comme on le lui avait recommandé, elle a trouvé et rapporté le corps étranger.

C'est un sifflet volumineux et de forme bizarre et irrégulière qui présente à l'une des extrémités deux pointes perpendiculaires l'une et l'autre comme direction. La transversale plus petite mesure environ un centimètre, l'autre, verticale est longue de deux centimètres au moins. L'enfant paraît très bien portant ; il n'accuse aucune douleur et déglutit facilement.

Cette observation est remarquable à deux points de vue surtout : d'une part le corps étranger volumineux et dangereux à cause des pointes aiguës qu'il présentait, a pu traverser le tube digestif sans déterminer d'autres accidents ; sans doute, après un temps d'arrêt à l'extrémité inférieure de l'œsophage, il a été refoulé dans l'estomac, au moment de l'exploration même du conduit avec le panier. D'autre part, l'instrument de de Græfe a accroché au retour la saillie du cartilage cricoïde dans l'œsophage, et aurait pu faire croire à un corps étranger si l'on n'y avait pris garde.

Observation IV

Rosalie J..., âgée de 4 ans, est conduite par ses parents à la consultation de l'hôpital Trousseau, parce qu'elle a avalé une pièce de « un sou », il y a sept jours.

Le jeudi 22 juin 1893, l'enfant jouant avec une pièce de cinq centimes, la mit dans sa bouche et voulant parler l'avala. Le premier jour elle eut des vomissements répétés ; la déglutition était difficile ; mais là se bornèrent les symptômes. Les vomissements

ne se reproduisirent pas le lendemain ; à aucun moment l'enfant n'a présenté de dyspnée, et dès le second jour la dysphagie n'existait plus.

Le lendemain de l'accident, les parents purgent l'enfant, mais ne constatent pas la présence du corps étranger dans les selles. Les jours suivants, l'enfant ne présente aucun accident, mais l'examen des selles reste négatif, aussi conduit-on la petite malade à l'hôpital le 28 juin 1893.

L'exploration est faite d'emblée avec le panier de de Grœfe, et permet de constater la présence d'un obstacle à la partie moyenne de l'œsophage après avoir dépassé ce niveau, le panier retiré doucement ramène au dehors une pièce de cinq centimes, au millésime de 1855. Les suites furent des plus simples et l'enfant a guéri.

Une pièce de monnaie a donc pu, dans ce cas, séjourner pendant sept jours dans l'œsophage et être ensuite extraite facilement, sans qu'il y ait aucun accident.

Observation V

Louis A..., âgé de 6 ans, est amené à l'hôpital Trousseau (consultation externe), pour un corps étranger de l'œsophage, le 31 mai 1893.

Le 22 mai. — Le petit malade jouait avec un sou qu'il avait dans la bouche, pour imiter l'acte de fumer ; il fit une forte inspiration, et la pièce de monnaie fut entraînée vers l'arrière-bouche et avalée. L'enfant dit avoir fort bien senti son passage tout le long de l'œsophage.

Depuis ce moment la déglutition est devenue difficile et douloureuse, surtout pour les aliments solides.

Les selles n'ont rien présenté de particulier depuis ce moment: elles ont été examinées avec soin par les parents qui affirment ne pas avoir retrouvé la pièce depuis le jour de l'accident.

Pas de vomissements, pas de dyspnée, ni même de gêne respiratoire.

Etat actuel. — L'enfant se plaint le 31 mai de douleur dans les mouvements de déglutition ; il localise sa douleur au niveau de la région précordiale ; cependant on lui fait manger du pain et boire de l'eau sans qu'il paraisse souffrir.

L'exploration est pratiquée avec le panier de de Græfe. L'instrument pénètre sans difficulté jusqu'à l'estomac ; mais au retour, on sent un très léger ressaut au niveau du tiers moyen de l'œsophage ; toutefois cette sensation est peu nette et l'instrument continue son parcours sans que l'on perçoive l'accrochement d'un corps étranger. A la sortie, le panier ramène une pièce de cinq centimes au millésime de 1855.

L'enfant revu depuis a guéri sans accidents.

Observation VI

Antoine T..., âgé de 10 ans 1/2, est conduit à l'hôpital Trousseau, service du professeur Lannelongue, le 28 novembre 1880, parce qu'il a avalé depuis trois jours une pièce de deux sous. Les deux premiers jours, l'enfant a mangé sans trop de difficulté et n'a pas vomi ; le troisième jour, on le conduit à l'hôpital parce qu'il se plaint d'une gêne à la partie moyenne du cou.

M. Lannelongue introduit le panier de de Graëfe qui s'arrête à l'union de l'œsophage et du pharynx, puis continue son trajet sans difficultés.

Au retour l'instrument ramène une pièce de dix centimes au millésime de 1836, couverte de matières glaireuses sanguinolentes (*Musée de l'Hôpital Trousseau*).

L'enfant n'a pas présenté d'autres accidents et a bien guéri; la pièce s'était arrêtée au niveau du rétrécissement supérieur normál de l'œsophage.

Ainsi, un corps étranger d'un volume relativement considérable a pu séjourner trois jours dans l'œsophage derrière la trachée et le larynx, sans déterminer d'accidents respiratoires appréciables.

Observation VII

Gaston L..., âgé de 5 ans, est conduit à l'hôpital Trousseau, service du professeur Lannelongue, en juin 1882, pour un corps étranger de l'œsophage.

Il y a trois jours, l'enfant tenait à la main une pièce de cinq centimes; voulant tirer sur le cordon de la sonnette, il met la pièce dans sa bouche et faisant une brusque inspiration en voulant sonner, il avale l'objet.

Depuis ce moment le petit malade n'a pas cessé d'avoir des vomissements glaireux, avec douleur au niveau de la partie inférieure du larynx.

M. Lannelongue introduit le panier de de Græfe, et sent un obstacle métallique au voisinage du premier point rétréci de l'œsophage, c'est-à-dire à l'union de l'œsophage et du pharynx, derrière la trachée et le larynx.

Au retour, l'instrument permet d'extraire une pièce de cinq centimes, à l'effigie de Victor Emmanuel, qui était resté arrêtée à l'origine de l'œsophage.

La guérison fut complète.

Voici donc un cas où un sou a pu séjourner assez longtemps aussi dans l'œsophage, derrière l'union de la trachée avec le larynx, sans qu'il en résulte d'accidents sérieux (Voir la pièce au musée de l'hôpital Trousseau). Ici encore le panier de de Græfe prudemment manié, a attiré au dehors le corps du délit ; il nous semble donc pouvoir servir à l'exploration; car dans ces cas, M. Lannelongue s'en est servi d'emblée, l'employant d'abord comme un instrument explorateur, en même temps que comme moyen d'extraction.

On a ainsi l'avantage de percevoir le contact du panier avec le corps étranger et de procéder de suite à son extraction.

Observation VII

Jeanne D..., 7 ans. Entrée à l'hôpital Trousseau, service du professeur Lannelongue, le 1er mai 1884.

Le 15 mars l'enfant jouait avec un clou qu'elle mettait dans sa bouche ; elle se mit à rire et le clou fut avalé.

L'enfant a mal mangé le soir ; mais dans la suite la déglutition ne semble pas avoir été gênée. Depuis, l'enfant a été prise de toux quinteuse sèche et persistante. Elle a beaucoup de fièvre pendant

quatre semaines environ, durant quinze jours la mère a examiné soigneusement les selles et n'y a rien trouvé. Le 20 avril, l'enfant commence à vomir du pus dans les quintes de toux. Le 22, elle rejette un peu de pus sanguinolent ; le 29 avril la même chose se reproduit.

Le 1er mai on fait l'expectoration. Il semble qu'il y ait une induration derrière le larynx ; le panier de de Græfe racle sur un corps étranger qui ne peut être accroché au passage. La mère apporte un clou semblable à celui qu'a avalé l'enfant ; il est long d'un centimètre et demi environ, avec une grosse tête hémisphérique. L'enfant a une petite hémorrhagie continue, avec toux sèche. Toute la journée elle souffre beaucoup du côté droit et dans la soirée elle vomit et rejette le corps étranger.

Sortie guérie le 8 mai 1884.

Observation IX

Lucien P..., 7 ans. Hôpital Trousseau.

Le 20 octobre 1893, l'enfant est amené, ayant avalé depuis six jours un petit os. Il ressent après l'accident de la douleur et depuis lors n'a pas pu déglutir d'aliments solides. Il n'a pris que du lait qui passait même difficilement.

A l'examen, M. Broca constate un point douloureux net sur le côté droit du cou au niveau de la partie moyenne du cartilage thyroïde. Rien au toucher pharyngien.

En introduisant le panier de de Græfe on sent un léger ressaut à la hauteur du point douloureux ; à partir de là, l'instrument pénètre sans difficulté dans l'estomac. Au retour, arrêt au même point ; l'index sent l'os qui est décroché : il fut alors sais

avec une longue pince et extrait sans hémorrhagie. Le point douloureux a immédiatement disparu et l'enfant a pu boire et avaler facilement séance tenante.

Observation X (résumée).

Alexandre L..., 3 ans 1/2. Hôpital Trousseau, 31 juillet 1895. Extraction d'un sou de 1855 avec le panier de de Græfe ; aucun accident. Guérison.

Observation XI (résumée).

Rachel V..., 3 ans 1/2. Hôpital Trousseau, consultation. Le 28 novembre 1894. Extraction d'un corps étranger de l'œsophage avec le panier de de Graefe. 1 sou de 1862. Guérison.

Observation XII (résumée).

Marguerite M..., âgée de 3 ans. Conduite à l'Hôpital Trousseau, service du professeur Lannelongue, le 5 novembre 1894. Extraction d'un sou de 1853 avec le panier de de Græfe. Guérison.

Observation XIII (résumée).

Yvonne C..., âgée de 2 ans 1/2. Amenée à Trousseau le 18 juin 1894. Extraction d'un sou de 1854 avec le panier de de Græfe. Guérison.

Observation XIV (résumée).

Marie V..., âgée de 2 ans 1/2, est présentée à l'Hôpital Trousseau le 9 décembre 1893 pour un corps étranger de l'œsophage. On extrait au panier de de Græfe un sou de 1856.

Observation XV (résumée).

Albertine L..., 2 ans 1/2, amenée à Trousseau le 4 mai 1895 pour un corps étranger du pharynx. Extraction avec une pince courbe d'un sou de 1872.

Observation XVI (résumée).

Elisa P..., 13 mois, est amenée asphyxiante et cyanosée à Trousseau le 14 juin 1895. M. Broca introduit immédiatement l'index dans le pharynx et sent une masse lisse, dure, arrondie. En combinant le toucher pharyngien avec l'expression du cou, il retire un bille de verre. Guérison.

Observation XVII (résumée).

Antoine B..., âgé de 3 ans 1/2, est conduit à l'hôpital Trousseau le 19 juillet 1895, pour se faire extraire un sou qu'il a avalé. Le panier de de Græfe ramène une pièce de cinq centimes au millésime de 1856.

Nous aurions voulu joindre à ces observations celle d'un enfant dont la pièce anatomique est conservée à l'hôpital Trousseau (Musée). Il avait avalé en 1894, une pièce de 5 centimes ; l'extraction ne put être faite et le panier fit pénétrer le sou à travers les parois de l'œsophage, dans le tissu cellulaire péri-œsophagien. L'enfant mourut le lendemain matin.

Nous n'avons pu retrouver son nom à l'hôpital.

PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC

Après ce que nous venons de dire, le pronostic ne saurait nous arrêter longtemps, il est le plus souvent très grave et en tous cas doit être excessivement réservé.

Il nous a semblé, en parcourant la longue liste des corps étrangers de l'œsophage, que ceux qui ont donné le plus souvent des accidents mortels sont les pièces de monnaie, les prothèses dentaires et les corps ayant des aspérités ou des pointes, comme les aiguilles ou les épingles.

Enfin, lors même que le corps étranger aura pu être enlevé, assez facilement, la guérison n'est pas certaine et le pronostic, pour être moins sombre, doit faire quelques réserves. Il faut surveiller le sujet à cause de la possibilité d'un rétrécissement cicatriciel, ou tout au moins l'en prévenir. D'un autre côté, le corps du délit retiré, a pu comprimer trop longtemps un point déterminé du conduit et produire du sphacèle, un travail ulcératif commencé peut continuer après la suppression du corps étranger; pour montrer les conséquences possibles de ces faits il nous suffira de rappeler l'observation

de Fillot (1), où le corps du délit peut être extrait facilement avec le panier de de Græfe ; mais quatre jours après le malade mourut d'hémorrhagie foudroyante par perforation de l'aorte.

Le diagnostic positif se fera par les symptômes que nous avons signalés plus haut ; mais il s'appuiera surtout sur deux choses, les commémoratifs et l'exploration de l'œsophage. Des commémoratifs nous ne dirons rien, sinon qu'ils doivent guider le chirurgien, le renseigner mais sans le convaincre ; combien de fois avons-nous vu conduire à l'hôpital Trousseau des enfants qui au dire des parents avaient avalé un sou, un bouton, etc., etc. L'exploration resta négative, et les suites furent simples.

L'exploration ne présente ici rien de spécial, mais elle réclame une grande douceur et une grande prudence. M. Lannelongue recommande de faire l'exploration avec le panier de de Græfe, ce qui permet de simplifier l'opération, puisque l'exploration sera ainsi curatrice s'il y a lieu. L'œsophagoscopie n'est guère applicable dans ces cas ; si elle peut parfois être utile, elle constitue un moyen qui n'est pas à la portée du praticien : cependant le perfectionnement apporté par Rosenheim (1) pourrait rendre ce précieux mode d'exploration plus pratique.

Enfin on n'oubliera pas que, le corps étranger extrait ou parti spontanément, la douleur peut persister quelque temps et faire croire au malade qu'il n'est point

1. Fillot. *Soc. Anatomique*, 10 novembre 1882.

1. Rosenheim. Œsophagoscope présenté à la Société Médicale de Berlin. Voir *Bulletin Médical* du 24 mars 1895.

débarrassé. Il y a un mois nous avons vu à l'hôpital Necker un blanchisseur qui avait avalé une grosse épingle, et qui la sentait implantée en arrière et à droite derrière le larynx. L'examen permit de voir un point de la muqueuse de la partie inférieure du pharynx qui saignait et avait été piqué. L'épingle ne fut pas aperçue. Depuis ce moment le malade n'a eu aucun accident.

Le diagnostic différentiel est surtout à faire avec les corps étrangers des voies aériennes, avec la bronchite chronique et la phtisie pulmonaire, avec l'asthme suffocant. Il n'est pas toujours aussi simple qu'on serait tenté de le penser et comme le fait remarquer le professeur Tillaux, on a plusieurs fois cru à un obstacle trachéal et la trachéotomie a été pratiquée pour des corps étrangers de l'œsophage.

TRAITEMENT

Le traitement des corps étrangers de l'œsophage est des plus simples quant à son but ; il s'agit sans tarder de débarrasser le conduit, après s'être assuré que le diagnostic est exact.

Mais quels moyens convient-il d'employer ? quelles sont les indications à remplir ?

Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° Lorsque le chirurgien est appelé au début des accidents et que ceux-ci menacent la vie, le premier soin doit être d'introduire l'index dans la gorge, et si l'on peut sentir l'obstacle de l'extraire, soit avec le doigt, soit à l'aide d'une pince courbe.

Si l'on n'y parvient pas et que l'asphyxie soit menaçante, il ne faut pas hésiter à pratiquer la trachéotomie qui s'impose et permettra souvent avec une canule convenable de gagner du temps et d'arriver à extraire l'obstacle œsophagien.

2° Si l'on est appelé plus tard, et qu'il n'y ait pas d'accidents immédiatement menaçants pour la vie, il faut recueillir les renseignements les plus précis sur la

nature, la forme, le volume de l'objet pour choisir l'instrument convenable à l'extraction.

On peut aussi employer quelques moyens adjuvants, qui doivent être mis au dernier plan et sur lesquels il ne faut pas compter ; tels sont : l'expuition, les vomissements, la toux, la sternutation, les actes de sauter, de frapper le long du dos, etc., etc.

Il faut immédiatement arriver à l'exploration et à l'extraction. De nombreux instruments ont été construits à cet effet.

L'explorateur à boule olivaire peut être très utile ; mais il faut cependant savoir qu'il peut ne pas donner la sensation d'un corps étranger, lorsque celui-ci est enclavé par la muqueuse épaissie ou qu'il est recouvert d'une couche de mucosités épaisses. Duplay a fait construire par Collin un résonnateur qui peut être avantageusement utilisé ; d'ailleurs Dupuytren avait déjà songé à utiliser le bruit de frottement de l'explorateur passant sur le corps étranger, le panier de de Græfe peut également servir d'explorateur, comme l'a dit M. le professeur Lannelongue.

Mais le diagnostic bien posé, après exploration, faut-il tenter le refoulement vers l'estomac ou l'extraction par la bouche. La première méthode sera applicable aux corps étrangers bas placés et dont la nature chimique et physique n'expose pas à des accidents ultérieurs.

Pour les petits corps, tels que des aiguilles, on peut employer les déglutitions de purées ou de bouillies épaisses qui peuvent les entraîner dans l'estomac.

Le refoulement pourra du reste être fait avec une

baleine munie d'une petite éponge solidement fixée à l'une de ses extrémités.

D'après Martin, sur 22 cas de propulsion on aurait observé 8 morts.

L'extraction par la bouche est simple pour les obstacles de la partie supérieure, au moins dans certains cas, elle peut se faire au doigt ou avec une pince courbe ordinaire, ou encore avec la pince de Collin.

Les vomitifs pourront aussi, sur le conseil de F. Guyon, être utilisés avec avantage.

Lorsqu'on ne peut obtenir l'extraction du corps du délit par ces moyens simples, il faut avoir recours à des instruments spéciaux ; c'est ici que, suivant les cas, l'imagination ingénieuse du chirurgien doit entrer en jeu.

Les deux instruments les plus communément employés sont le parapluie de crin de Fergusson et le panier de de Græfe. Nous n'avons point ici à les décrire.

Le panier de de Græfe, manié par une main prudente, permettant d'explorer et d'extraire dans une même intervention, nous paraît être le meilleur instrument, mais il ne faut pas oublier cependant que le succès n'est pas certain, témoin les exemples de Terrillon (pièce de 5 francs qui ne put être extraite par ce moyen) et du malade dont la pièce anatomique est dans le musée de l'hôpital Trousseau (le panier avait refoulé la pièce de 5 centimes dans le tissu péri-œsophagien, après perforation).

Quoiqu'il en soit, le panier de de Græffe est cependant le meilleur instrument. Nous n'indiquerons pas le manuel opératoire qui est connu ; nous ferons seulement remar-

quer qu'il faut en le retirant songer à éviter l'accrochement du cartilage cricoïde.

Reste enfin l'œsophagotomie externe, pour les cas où le corps étranger constaté dans l'œsophage cervical n'a pu être extrait par les autres moyens. Cette intervention ne doit pas être différée longtemps.

CONCLUSIONS

De cette étude rapide des corps étrangers de l'œsophage, nous tirerons les conclusions suivantes :

1° Les corps étrangers de l'œsophage et de la partie inférieure du pharynx sont excessivement nombreux et variables. Ils intéressent au plus haut point le praticien qui est constamment appelé à traiter ces accidents ;

2° Les pièces de monnaie, les épingles et les prothèses dentaires représentent les corps étrangers dont le pronostic est le plus sérieux ;

3° En présence d'un corps étranger de l'œsophage, la conduite à tenir varie avec la nature de l'obstacle et les accidents qu'il détermine ; toutefois si certains cas réclament une expectation armée, il peut être important d'intervenir dans d'autres cas, malgré l'absence de symptômes nets ;

4° Le panier de de Græfe doit être considéré comme un bon instrument, dont l'usage sera utile dans la majorité des cas, à la condition qu'il soit employé avec délicatesse et prudence ;

5° Lorsqu'un corps étranger de l'œsophage constaté ne

peut être extrait par la voie buccale, il faut intervenir par la méthode sanglante et l'œsophagotomie externe, grâce aux progrès de la chirurgie, pourra conduire souvent à la guérison si l'on ne tarde pas trop à la pratiquer ; mais il faut que le corps étranger soit arrêté dans la portion accessible de l'œsophage.

Vu par le président de la thèse :
TILLAUX.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

H. Jouve, imprimeur de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris